

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200397640 **Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE**

Data do Acidente: 22/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANILDE DE ALBUQUERQUE

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000078604171-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nif do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

69.214.092-34

4 - Nome completo da vítima:

IVANILDE DE OLIVEIRA DORE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

IVANILDE DE OLIVEIRA DORE

5 - CPF:

69.214.092-34

7 - Profissão:

COINHEIRA

8 - Endereço:

RUA NICARAGUA

9 - Número:

10

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CAVANÉ

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300-003

15 - E-mail:

clarimacavane@redigmail.com

16 - Tel.(DDD):

(65) 99169-3695

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ativale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: NU BANK

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 98604171

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

teve filhos?

Vivos: _____

Falecidos: _____

30 - Vítima deixou

nasцuro (nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: _____

Falecidos: _____

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão
digital de
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 26/10/2020

Ivanilde de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDERECO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 13137/2020 - Registrado em: 26/10/2020 às 11h 17min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 22/02/2020 às 21h 10min

LOCAL DO FATO

Município: ALTO ALEGRE

UF: RR

Logradouro: VILA SÃO SILVESTRE

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local: ASSENTAMENTO RURAL

Referência: VICINAL PRINCIPAL DA VILA SÃO SILVESTRE

Complemento: ÁREA RURAL

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

IVANILDE DE ALBUQUERQUE(47), nascido(a) em 22/09/1973, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de COZINHEIRA, CPF Nº 649.214.092-34, País: BRASIL, natural de ALTO ALEGRE-RR, filho(a) de MARIA GESUINO DE ALBUQUERQUE e DESCONHECIDO, endereço: TRAVESSA NICARAGUA 01, cep: 69300-000, Nº: 10, bairro: CAUAME, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PRÓXIMO A RUA NICARÁGUA, Telefone: (95) 99174-1485.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRÂNSITO SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

SENHOR DELEGADO A COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADO, ACONTECEU O SEGUINTE FATO, QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/BROS ESDD PLACA NAZ 4417ANO DE FABRICAÇÃO 2017 2017 RENAVAN01129015499 CHASSI 9C2KD0810HR445762 DE PROPRIEDADE DE JOSÉ DA CONCEIÇÃO, QUA QUE TAVA SE DESLOCANDO DA VILA SÃO SILVESTRE PARA BOA VISTA NA REFERIDA VICINAL QUANDO DE REPENTE (UM ANIMAL BOI) ATRAVESSOU NA SUA FRENTE NÃO DANDO TEMPO DE EVITAR O ACIDENTE, QUE COM O IMPACTO VEIO AO CHÃO, QUE POPULARES QUE PASSAVAM PELO LOCAL ACIONARAM O SAMU DA REFERIDA VILA E A MESMA FOI REMOVIDA PARA BOA VISTA ATÉ O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Ivanilde de Albuquerque
IVANILDE DE ALBUQUERQUE
COMUNICANTE

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nif do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

69.214.092-34

4 - Nome completo da vítima:

IVANILDE DE OLIVEIRA DORE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

IVANILDE DE OLIVEIRA DORE

5 - CPF:

69.214.092-34

7 - Profissão:

COINHEIRA

8 - Endereço:

RUA NICARAGUA

9 - Número:

10

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CAVANÉ

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300-003

15 - E-mail:

clarimacavane@redigmail.com

16 - Tel.(DDD):

(65) 99169-3695

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ativale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: NU BANK

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 98604171

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

teve filhos?

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasceu?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão
digital de
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 26/10/2020

Ivanilde de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000078604171-8

Nr. da Autenticação 9D366FA0C7D4FD0D



CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.428-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610



0800 280 9520

www.caerr.com.br

Matrícula:

1065009

Setembro/2020

Dados do Cliente:

IVANILDE DE ALBUQUERQUE

Endereço para entrega:

TRV NICARAGUA 01, NUM. 0010 - CAUAMÉ BOA
VISTA RR 69300-000

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.015.532.0414.000	25	3065	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y095667195	09/04/2013	LIGADO	LIGADO
LEITURA FAT.	1048	1069	21
LEITURA INF.			32
DT. LEITURA	21/08/2020	22/09/2020	

ULTIMOS CONSUMOS	
202008	17-0
202007	14-0
202006	14-0

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 Q.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAI8	E.COLI



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0032588-0

RODEIRIA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Em. Garcia, 491 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.822-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL: 6023737 FEMP+

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2020	06/10/2020	398	614,24

JOAO ALCIDES COSTA
CPF: 00002542981272
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual:	18/09/2020	Anterior:	19/08/2020
Emissão:	17/09/2020	Apresentação:	23/09/2020
			Próxima leitura: 26/10/2020
			Dias de consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11E0001198	NORMAL	CONVÉNC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
MWH	INJETADO	MWH	INJETADO	MWH	INJETADO	MWH	INJETADO
TOT/PTA	TOT/PTA	F.PONTA	F.PONTA	INTERMED.	INTERMED.	RESERVADO	RESERVADO
Leit. Atual	28858						
Leit. Anterior	28460						
Constante	1.000						
Resíduo							
Medido	398						
Faturado:	398						

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	398 A R\$ 0,748099 =	297,74
RELIGACAO		11,11
RELIGACAO A REVELIA ART 175 RE		175,26
PARCELAMENTO COSTIP 1/24		8,07
CORR. MONETARIA TID CIG 1/24		2,00
PARCELAMENTO DE DÉRITO 1/24		89,80
ILUMINACAO PÚBLICA		36,26

OUTRAS INFORMAÇÕES
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0,4736 - 0,617770

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO

18/09/2020
398

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintes: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José EMANUEL FRITTA Gimparet

inscrito (a) no CPF/CNPJ 627.912.903-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

IANELDE DE ALBUQUERQUE inscrito (a) no CPF sob o Nº 649.214.092-34,

do sinistro de DPVAT cobertura INVOLUZ da Vítima IANELDE DE ALBUQUERQUE,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 649.214.092-34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA GIDEÃO</u>	Número:	<u>312</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>NOVA CANAÁ</u>	Cidade:	<u>DOA VISTA</u>	Estado:	<u>RR</u>
E-mail:	<u>SANTANAPRIMARAEIRO@GMAIL.COM</u>			Tel.(DDD):	<u>(65) 99169-3685</u>

Local e Data: DOA VISTA - RR, 04/11/2020


Assinatura do Declarante

2001223405 22/02/2020 21:41:29

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 17

Paciente IVANILDE DE ALBUQUERQUE	Data Nascimento 22/09/1973	Idade 46 A 5 M 0 D	CNS	CPF 07 64921409234	Prontuário
CPF 64921409234	Órgão Emissor Documento	Data Emissão Sexo F	Estado Civil PARDA	Naturalidade	Nacionalidade BRASILEIRA
Mãe MARIA GESUINO DE ALBUQUERQUE			Pai NI	Contato (95) 99174-1485	Ocupação NÃO INFORMADA
Endereço - RUA TRAVESSA NICARAGUA - 10 -					
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Pressão
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue D612				

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	GSC	TOTAL
- nega febre	AO 12345 RV 12345 MRV 123456	015

Paciente trazido pelo SAMU com história de
Acidente (moto vs Animal), no interior
está - Síndrome vital estável
mobilização da M¹D Glasgow 15

Hipótese Diagnóstica

Ex-Exposta de TÍBIA e FÍBULA

SADT - Exames Complementares

RAIOS-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

① Diprospan 2 g EV		
② Furoxicon 400 mg EV		
③ Solutio Radiopais de M¹D		
④ Cinaquimina 600 ug EV 6/6 h		
⑤ Gentamicina 80 mg EV 1x10/d		

Conduta

- Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia
 Transferência para:

- Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

Óbito

Antes do 1^º Atendimento? Sim Não Destino: Família

IML Anatomia Patológica

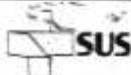
Dr. Daniel da M. Araújo
Médico

CRM 182137

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico





Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

NIR

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

NIR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fernando de Albuquerque

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

178623

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702403069898626

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/09/73

9 - SEXO

Masc.

11 - TELEFONE DE CONTATO

Fem.

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Bezerra de Albuquerque

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + exames feitos

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intendente + idoso de 70 anos ido

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Fernando Rezende

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/02/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº SEGURO

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CHAMADA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

Dr. Fernando Rezende

Médico

CRM-PE 2007

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() EMPREGADO () EMPREGADOR

44 - AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0408050543

5823

1795

11/7/20



Data: 23/08/20

O.S. _____

Pacientes de
Almeida

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

NÓSTICO OPERATÓRIO:

Dr. Fernando Bezende

Médico
CRM-RR 2407

2º AUXILIAR:

1º auxiliar:

Augusto

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESISTAS:

ANESTESIA:

INÍCIO:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO: 14:20 / 14:45 00:25

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Dr. Marcelo Arruda
Ortopedista / Traumatologista
CRM-RR 1243 / RQE: 18

- ① paciente em DIA sob sedoanalgésicos
② Antes e Alívio
③ Colagilos de corpo estranho
④ LNC com 5R 6,9% exostoses
⑤ Síntese de ferimento em região lateral
de TNZ
⑥ Colagilos de fluidos estancados
no forro com auxílio de intensificadores
de irrigação + compressões de redução de edema
⑦ curativo
⑧ Ao RPA

En-Augusto Capilmente
Médico Residente
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 1862



PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Evancil de Pa Abreu

46a.

22/02/2020

Nage Ativo

Nage HPP

AGENTES	91			99			99			15			30			45			15			30			45		
	N 20	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
LÍQUIDOS VENOSOS	V	X		50		50		50		50		50		50		50		50		50		50		50		50	
DA	X	10	240	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
ULSC	●	36	220																								
ANES	X	34	185																								
OP	O	32	160																								
TEMP	□	100																									
ASPIR.	A	85																									
RESP	O	60																									
		20																									
Export																											
Assist																											
Contro																											
SÍMBOLOS																											
AGENTES	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	
A. Fentanil	100 µg																										
B. Midazolam	5																										
C. Bupivacaína	10																										
D.																											
E.																											
F.																											
G.																											
GLUCOSE																											
LÍQUIDOS																											
MONITOR																											
ANOTACOES	A - CHICK LEST AMST. OT MONITOR: SpO2, FL, PBW, FL. O2R@ IN O2 20m @ Sedanização: FNTB 100ug M7L 2,5ug @ O2sat - Bupivaca 15ug @ Venturi: 100% 240-FL @ Iodoamoxicilina 600-FL @ Dexametasona 20ug @ Metformina 1000mg Loratadina - Expectorante - Excesso Seco Depressão Respiratória - Hipoxia "Backing" - Vômito Hemorragia - Anemia Brad Taquicardia - Choque																										
ANESTESIA	D. Fentanil / R. Bupivaca 0,1% (Fernando)																										
TOTAL	PERDA SANGUÍNEA																										
OPERAÇÃO	Osteosíntese de fratura de tibia e fibula (fratura esterna)																										

Ob. Punção extramínima reflexa de tipo turvo, sanguinolenta (anulada)
evidenciando possivel HSA). ECG = LS

HCO: Solicito TC de Chaves

Bruno Thiago O. C. Pinto
CRM-RO 1025

Bruno Thiago O. C. Pinto
CRM-RO 1025



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		46 A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Ismael de Albuquerque					22/12/2020
TIPO		CIRURGIA			
Fixador Externo de Fratura Exposta de Tornozelo direito.		INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO	
		23:10	23:55	TEMPO TOTAL	
CIRURGIÃO Dr. Fernando		EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR	Dr. Augusto	ANESTESISTA:	Dr. Bruno		
2º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	INSTRUMENTADOR		
		CIRCULANTE	Wagner / Valeria / Elenangela M		
TIPO DE ANESTESIA: Raque 21:57		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QNT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		17	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500 ml Enxoval de Anestesia	VALOR
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		17	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N° 0	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS P/M			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI N° 15			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUCÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		+30cm	CERA PRESSO Gelporeadapto	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA N° 00144 02	
	SERINGA 10ML		15ml	GEOFOAM Algod. a 70%	
	SERINGA 20ML		+20ml	FITA CARDIACA Pseudine Tópico	
				<input type="checkbox"/> OUTROS: Rádiofones Brasão de Armas P/engatado	
				MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
		Alessandra		MATERIAL MEDICAMENTOS	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA	SUB- TOTAL
		Wagner / Valeria / Elenangela M			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Nome: Evan Lobo da Albuquerque

Data de Nasc: 22 / 09 / 1923

— Setor/Leito:

Data: 22/02/2020

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO					SRPA								
Cirurgia Proposta:		Entrada na Sala	Início da Anestesia	Inicio da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais						
1. Informações:									Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE-	DOR
Jejum (X) Sim () Não	22:49	23:00	23:10	23:15	23:15		Raque		0'						0/10
Protese () Sim (X) Não															
Exames () Sim (X) Não															
Reserva Uri () Sim () Não															
Lateralidade (X) Sim () Não															
PNE () Sim () Não															
Alergia () Sim (X) Não															
Qual:															
Reserva de Hemoderivado:															
() Sim (X) Não															
Outros:															
2. Chegou ao Centro Cirúrgico:															
() Deambulando															
(X) Consciente															
() Com Suporte de O2															
() TOT															
() Agitado															
3. Sinais Vitais:	T () °C	R () bpm	FC () bpm	PA () mmHg	SAT () %										
R () 80 () 100	PA () 134 () 83	FC () 86 () 100	SAT () 98 () 100												
4. Anotações (Admissão do Paciente):	ABP: 130/80 mmHg														
5. Incisão															
6. Cateter O2															
7. Venoclise															
8. Dreno															
9. SNG/SNE															
10. Garrote															
11. TOT () Não () Sim N° _____															
12. SVD () Não () Sim N° _____															
13. Outros:															
Sinais Vitais: Saída da SO	T () °C	R () bpm	FC () bpm	PA () mmHg	SAT () %										
	PA () 134 () 83	FC () 86 () 100	SAT () 98 () 100												
Destino: (X) SRPA () UTI () outros:															
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)										Reagindo procedendo, paciente segue em repouso no set.					
Reagindo procedendo, paciente segue em repouso no set.															

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome _____
Responsável Cirurgião _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

Identidade

Sítio Cirúrgico

Procedimento

Consentimento Sim Não

RISCO CIRÚRGICO

Aplica Não se Aplica

SITIO DEMARCADO

Sim Não Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

CONCLUÍDA

OXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

OPACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

Não Sim, Qual: Vegetal

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

Não

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500ml

Não

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500ml

Sim, e acesso endovenoso adequado e posicionamento para fluidos 2 Mlms

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

Sim Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

Identificação do paciente

Sítio cirúrgico

Procedimento

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

Sim Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

Sim Não Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

Sim Não Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

Sim Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Sim Não Não se Aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Assinatura e Carimbo _____

Data 24/02/2019 Assinatura W. M. Bento Hora: 10:00h



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE		<i>Thierry de Almeida</i>		
AGNÓSTICO		<i>fractura toracica de 11/12 + 12/13</i>		
ALERGIAS		HAS	NEGA	
IDADE		LEITO	DM2	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			Monta
3	S: 0,9% 500ML EV S/N			S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			06:30 18/20
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDI			00:
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			S/N
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			S/N
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			04:12 20
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			06:30 18/20
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			08:30 20
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S/N
13	SSVV + CCGG 6/6 H			S/N
14	CURATIVO DIÁRIO			INTENSA
15	<i>Plastil 20mg EV 12/12h</i>			10 20
16				
17				
18				
19				
20				
21				

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Fernando Rezende
 Médico
 CRM-RR-2907

SINAIS VITAIS				T
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	122/81	73	-	
24 H	100/60	74	-	36°

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

14:30

CEH: 170X70 69 36°

13:20h

PA: 120X79

FC: 82

FR: 21

TAX: 36.9 °C

118-2



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR

DATA 23/02/2020

NOME DO PACIENTE: WAGNER ALVIM

SINAIS VITAIS

HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A.	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A.
8:00	36,3	97	20	97%	:	14:00	36,4	80	25	97%	:
10:00	36,2	80	18	97%	:	12:00	36,	88	19	96%	:
12:00	36,	88	19	96%	:	13:00	36,	88	19	96%	:
13:00	36,	88	19	96%	:	20:00	36,	88	19	96%	:

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE DEXTRO

Assinatura e Carimbo

HORA	Resultado Min. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado Min. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado Min. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp
07:00				13:00				20:00			
08:00				14:00				22:00			
09:00				15:00				00:00			
10:00				16:00				02:00			
11:00				17:00				04:00			
12:00				18:00				06:00			
13:00				19:00							



118-12

PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	IVANILDE DE AMBUQUERQUE				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	HAS	DM2			
ITEM	LEITO	118-2	DATA	24/02/2020	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				5:30
3					16:30
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				15:10
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				10:20
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				11:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				10:00
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				11:00
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				11:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				11:00
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				11:00
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				11:00
13	CURATIVO				07:20
14	SSVV + CCGG 6/6H				10:00
15					
16					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
ENCONTRO PACIENTE: DATA:					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS SEM QUEIXAS ÁLGICAS

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEVRIL, FURNÉICO

NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM UMA

DE FIXADOR EXTERNO EM TOBROZEL O DIREITO

ENTREVISTA EM TORNEZELLO DIRETO.

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1954
6 H	PA	FC	FR		RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12 H	122/83	72	35 L		
18 H	132/76	68	36 C		
24 H	120/150	66	36		

Plano de Manutenção: Realizado anibado, higiene-gel, aperio-
ss J.J, administrado medicina prescrita - Toc. fucaliso-
nizado AVT com sucesso, mantendo gelo n° 22 Lucélia D. de A. da Silva
Enfermeira

Lucélia Dr. de A. S.
Téc. em Enfermagem
EN RR 775 T-9-71

~~UNIVERSITY MICROFILMS~~
1998 RR 292399-77



União de Roraima
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	IVANILDE DE AMBUQUERQUE				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	HAS	DM2			
ITEM	LEITO	118-2	DATA	25/02/2020	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				IND
3					MANTER
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				10
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12-18
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				10
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				10
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				10
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				10
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				10
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				10
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				10
13	CURATIVO				10
14	SSVV + CCGG 6/6H				10
15					10
16					10
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO DIREITO.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120+10	75		36°2
18 H	120+10	80		36°
24 H	124x69	68	-	35°10
06	130x60	64	-	35,2°

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –

HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: IRANILDE DE OLIVEIRA

Data: 25 / 03 / 20

Localização		Região: <u>M 1 D</u>		Região:
Etiologia	<p>() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</p> <p>() Trauma : <u>— Traqção — Fixador Externo () ortopedia</u></p> <p>() Outro:</p>	<p>Grau: I () II ()</p>	<p>() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</p> <p>() Trauma : <u>— Traqção — Fixador Externo () ortopedia</u></p> <p>() Outro:</p>	<p>Grau: I () II ()</p>
Aparência do Leito	<p>() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização</p> <p>() Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros</p>		<p>() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização</p> <p>() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros</p>	
Pele Perilesional	<p>() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor</p>		<p>() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor</p>	
Tipos de Exsudato	<p>() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco</p> <p>() Outro:</p>		<p>() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco</p> <p>() Outro:</p>	
Quantidade de Exsudato	<p>() Molhado () Úmido () Seco</p>		<p>() Molhado () Úmido () Seco</p>	
Solução de Limpeza	<p>() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%</p>		<p>() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%</p>	
Cobertura primária	<p>() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</p> <p>() Outro:</p>		<p>() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</p> <p>() Outro:</p>	
Troca	<p>() 12/12 () Diário () 48/48h</p>		<p>() 12/12 () Diário () 48/48h</p>	
Profissional que realizou procedimento:	<p>Françine de Oliveira Tecm. Enfermagem COREN RR - 533058 TEC</p>			
Observações:	<p>“</p>			

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScrição MÉDICA

1182

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN
PACIENTE	IVANILDE DE AMBUQUERQUE			
DIAGNOSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO			
ALERGIAS	HAS		DM2	
IDADE	LEITO	118-2	DATA	26/02/2020
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			6/6
2	AVP			Manh
3				
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			107 22
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H			12 18
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			26/02
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			06
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IM			16/02
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			09 08
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			09
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H			26/02
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H			09 08
13	CURATIVO			20
14	SSVV + CCGG 6/6H			
15	<i>10/12</i>			
16				
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400 : 10 UI <u>E OU</u> GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO DIREITO.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/70	80	36	
18 H				
24 H				

Ponto no limite estabilizado
 medico de confiança na prescrição
 medico a pedido SSVV com bactrisol.
 Teto no coto AVP com laudo n.º 22.
 Si sum agravada da ferida.
 MTOB/077

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –

HGR

Paciente: J. Ganielo Almeida
Leito: 148.2

Data: 1/02/2020

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Localização		Região: <u>M50</u>		Região: <u>M50</u>
Etiologia	<p>() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</p> <p>() Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> <u>Ortopedia</u></p> <p>() Outro:</p>	<p>() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</p> <p>() Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia</p> <p>() Outro:</p>		
Aparência do Leito	<p>() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização</p> <p>() Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros</p> <p>() Outro:</p>	<p>() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização</p> <p>() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros</p> <p>() Outro:</p>		
Pele Perilesional	<p>() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor</p>	<p>() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor</p>		
Tipo de Exsudato	<p>() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco</p> <p>() Outro:</p>	<p>() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco</p> <p>() Outro:</p>		
Quantidade de Exsudato	<p>() Molhado () Úmido () Seco</p>	<p>() Molhado () Úmido () Seco</p>		
Solução de Limpeza	<p>(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%</p>	<p>(A) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%</p>		
Cobertura primária	<p>(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</p> <p>() Outro:</p>	<p>(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</p> <p>() Outro: <u>atadine + lopeachys</u></p>		
Troca	<p>() 12/12 () Diário () 48/48h</p>	<p>() 12/12 () Diário () 48/48h</p>		
Profissional que realizou procedimento:	<p>Adonilde Vieira Araujo</p> <p><u>Adonilde Vieira Araujo</u></p> <p><u>Enfermeira</u></p> <p><u>COREN-RR 507 795/TE</u></p>	<p>Adonilde Vieira Araujo</p> <p><u>Adonilde Vieira Araujo</u></p> <p><u>Técnica de Enfermagem</u></p> <p><u>COREN-RR 507 795/TE</u></p>	<p>Adonilde Vieira Araujo</p> <p><u>Adonilde Vieira Araujo</u></p> <p><u>Técnica de Enfermagem</u></p> <p><u>COREN-RR 507 795/TE</u></p>	
Observações:	<p><u>1. A ferida evoluiu bem, com desbridamento adequado e aplicação de gaze e lopeachys.</u></p>			



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu J.Ranilce de Oliveira CPFnº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:
 - Cirurgias pré-agendadas;
 - Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
 - Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
 - Quando decidido pela equipe assistencial;
- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 26 de Fevereiro de 2020.

Assinatura do paciente: J.Ranilce de Oliveira

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome: _____

CPFnº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmei que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do CRM do Médico Regulador

CRM _____ / _____



118-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 26/2/89
 PACIENTE: Ismael de Almeida DN: 219173
 DIAGNOSTICO(S): edema espontaneo 213 210
edema direito

DIH: 21222

KANBAM: _____ Dieta: _____

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA: / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____

Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____

HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____

EAS: _____

CULTURAS (/ /): _____

IMAGEM: _____

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA: / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____

Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____

EAS: _____

IMAGEM: _____

ANTIBIÓTICO

USADO: _____

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO: _____

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUIDA:

Ciprolofexina + clindamicina

EVOLUÇÃO CLINICA:

Sem data para cirurgiaBoa Vista, 26 de fevereiro de 2089. Hora: _____

Dr. Augusto C. Andrade
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: RA: 904

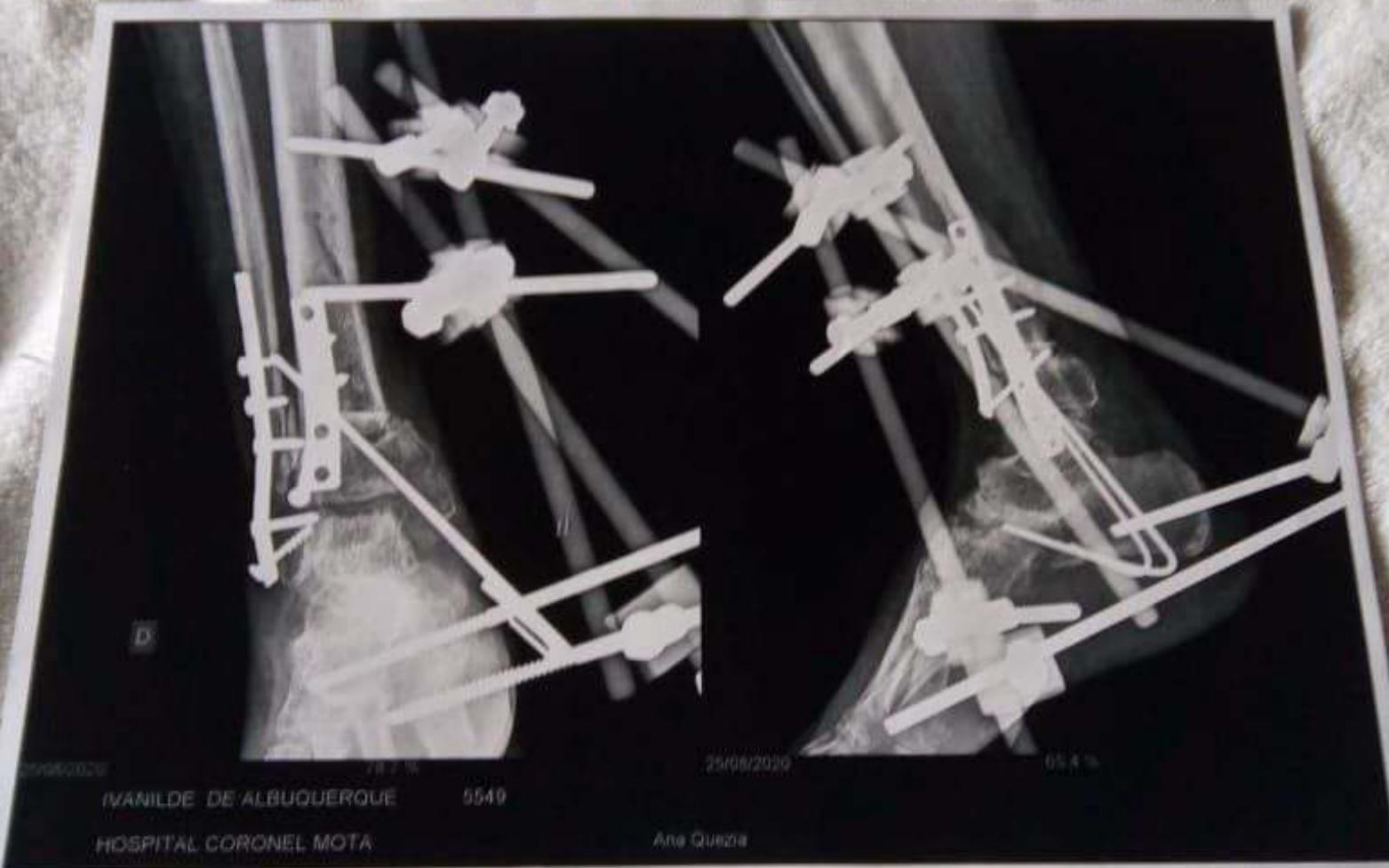
Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

CRM: _____ / _____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

CRM: _____ / _____





IVANILDE DE ALBUQUERQUE
HOSPITAL CORONEL MOTA

4436

Ana Quêzia



IVANILDE DE ALBUQUERQUE

HOSPITAL CORONEL MOTA

4436

Ana Quezada

D



IVANILDE DE ALBUQUERQUE

7267

HOSPITAL CORONEL MOTA

Alex







TRABALHADOR

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

Esta é a Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo
antigo Presidente Jânio Quadros, pelo Decreto do Decreto
nº 22.003, de 26.10.1964, e posteriormente reformulada
pelo Decreto-lei nº 542, de 01.05.1965, que aprova a CTPS.
Elas é o documento obrigatório para o exercício de qualquer
emprego no Brasil e no exterior.

Spela dever de ser redimível, todos os direitos
do Contrato de Trabalho, direitos básicos
para o exercício do trabalho, bem como para
a justiça do trabalho, bem como para a
obrigação do empregador a prestar benefícios
previstos na lei, garantindo ainda sua mobilidade
no emprego de serviço - FGTS.

O seu uso é de uso comum, sujeito, no entanto
a um certo tipo de uso, quando de conservação
e repartição, contra a realização das atividades
profissionais da empregada.

Para sua imprevidência, o seu dever protegê-la
contra o uso indevidamente, a sua utilização
irregular, a garantia da preservação e validade
de seus direitos, como a qualificação e habilitação
contribuirá para atingir o seu futuro e o seu
dependente, tendo validade, também, o documento
de identificação.

- 1. CARRASCO, ADRIANO
- 2. 126.36697-66-9
- 3. RR
- 4. 003-0
- 5. 1046640
- 6. 126.36697-66-9
- 7. 126.36697-66-9
- 8. 126.36697-66-9
- 9. 126.36697-66-9
- 10. 126.36697-66-9
- 11. 126.36697-66-9
- 12. 126.36697-66-9
- 13. 126.36697-66-9
- 14. 126.36697-66-9
- 15. 126.36697-66-9
- 16. 126.36697-66-9
- 17. 126.36697-66-9
- 18. 126.36697-66-9
- 19. 126.36697-66-9
- 20. 126.36697-66-9
- 21. 126.36697-66-9
- 22. 126.36697-66-9
- 23. 126.36697-66-9
- 24. 126.36697-66-9
- 25. 126.36697-66-9
- 26. 126.36697-66-9
- 27. 126.36697-66-9
- 28. 126.36697-66-9
- 29. 126.36697-66-9
- 30. 126.36697-66-9
- 31. 126.36697-66-9
- 32. 126.36697-66-9
- 33. 126.36697-66-9
- 34. 126.36697-66-9
- 35. 126.36697-66-9
- 36. 126.36697-66-9
- 37. 126.36697-66-9
- 38. 126.36697-66-9
- 39. 126.36697-66-9
- 40. 126.36697-66-9
- 41. 126.36697-66-9
- 42. 126.36697-66-9
- 43. 126.36697-66-9
- 44. 126.36697-66-9
- 45. 126.36697-66-9
- 46. 126.36697-66-9
- 47. 126.36697-66-9
- 48. 126.36697-66-9
- 49. 126.36697-66-9
- 50. 126.36697-66-9
- 51. 126.36697-66-9
- 52. 126.36697-66-9
- 53. 126.36697-66-9
- 54. 126.36697-66-9
- 55. 126.36697-66-9
- 56. 126.36697-66-9
- 57. 126.36697-66-9
- 58. 126.36697-66-9
- 59. 126.36697-66-9
- 60. 126.36697-66-9
- 61. 126.36697-66-9
- 62. 126.36697-66-9
- 63. 126.36697-66-9
- 64. 126.36697-66-9
- 65. 126.36697-66-9
- 66. 126.36697-66-9
- 67. 126.36697-66-9
- 68. 126.36697-66-9
- 69. 126.36697-66-9
- 70. 126.36697-66-9
- 71. 126.36697-66-9
- 72. 126.36697-66-9
- 73. 126.36697-66-9
- 74. 126.36697-66-9
- 75. 126.36697-66-9
- 76. 126.36697-66-9
- 77. 126.36697-66-9
- 78. 126.36697-66-9
- 79. 126.36697-66-9
- 80. 126.36697-66-9
- 81. 126.36697-66-9
- 82. 126.36697-66-9
- 83. 126.36697-66-9
- 84. 126.36697-66-9
- 85. 126.36697-66-9
- 86. 126.36697-66-9
- 87. 126.36697-66-9
- 88. 126.36697-66-9
- 89. 126.36697-66-9
- 90. 126.36697-66-9
- 91. 126.36697-66-9
- 92. 126.36697-66-9
- 93. 126.36697-66-9
- 94. 126.36697-66-9
- 95. 126.36697-66-9
- 96. 126.36697-66-9
- 97. 126.36697-66-9
- 98. 126.36697-66-9
- 99. 126.36697-66-9
- 100. 126.36697-66-9
- 101. 126.36697-66-9
- 102. 126.36697-66-9
- 103. 126.36697-66-9
- 104. 126.36697-66-9
- 105. 126.36697-66-9
- 106. 126.36697-66-9
- 107. 126.36697-66-9
- 108. 126.36697-66-9
- 109. 126.36697-66-9
- 110. 126.36697-66-9
- 111. 126.36697-66-9
- 112. 126.36697-66-9
- 113. 126.36697-66-9
- 114. 126.36697-66-9
- 115. 126.36697-66-9
- 116. 126.36697-66-9
- 117. 126.36697-66-9
- 118. 126.36697-66-9
- 119. 126.36697-66-9
- 120. 126.36697-66-9
- 121. 126.36697-66-9
- 122. 126.36697-66-9
- 123. 126.36697-66-9
- 124. 126.36697-66-9
- 125. 126.36697-66-9
- 126. 126.36697-66-9
- 127. 126.36697-66-9
- 128. 126.36697-66-9
- 129. 126.36697-66-9
- 130. 126.36697-66-9
- 131. 126.36697-66-9
- 132. 126.36697-66-9
- 133. 126.36697-66-9
- 134. 126.36697-66-9
- 135. 126.36697-66-9
- 136. 126.36697-66-9
- 137. 126.36697-66-9
- 138. 126.36697-66-9
- 139. 126.36697-66-9
- 140. 126.36697-66-9
- 141. 126.36697-66-9
- 142. 126.36697-66-9
- 143. 126.36697-66-9
- 144. 126.36697-66-9
- 145. 126.36697-66-9
- 146. 126.36697-66-9
- 147. 126.36697-66-9
- 148. 126.36697-66-9
- 149. 126.36697-66-9
- 150. 126.36697-66-9
- 151. 126.36697-66-9
- 152. 126.36697-66-9
- 153. 126.36697-66-9
- 154. 126.36697-66-9
- 155. 126.36697-66-9
- 156. 126.36697-66-9
- 157. 126.36697-66-9
- 158. 126.36697-66-9
- 159. 126.36697-66-9
- 160. 126.36697-66-9
- 161. 126.36697-66-9
- 162. 126.36697-66-9
- 163. 126.36697-66-9
- 164. 126.36697-66-9
- 165. 126.36697-66-9
- 166. 126.36697-66-9
- 167. 126.36697-66-9
- 168. 126.36697-66-9
- 169. 126.36697-66-9
- 170. 126.36697-66-9
- 171. 126.36697-66-9
- 172. 126.36697-66-9
- 173. 126.36697-66-9
- 174. 126.36697-66-9
- 175. 126.36697-66-9
- 176. 126.36697-66-9
- 177. 126.36697-66-9
- 178. 126.36697-66-9
- 179. 126.36697-66-9
- 180. 126.36697-66-9
- 181. 126.36697-66-9
- 182. 126.36697-66-9
- 183. 126.36697-66-9
- 184. 126.36697-66-9
- 185. 126.36697-66-9
- 186. 126.36697-66-9
- 187. 126.36697-66-9
- 188. 126.36697-66-9
- 189. 126.36697-66-9
- 190. 126.36697-66-9
- 191. 126.36697-66-9
- 192. 126.36697-66-9
- 193. 126.36697-66-9
- 194. 126.36697-66-9
- 195. 126.36697-66-9
- 196. 126.36697-66-9
- 197. 126.36697-66-9
- 198. 126.36697-66-9
- 199. 126.36697-66-9
- 200. 126.36697-66-9
- 201. 126.36697-66-9
- 202. 126.36697-66-9
- 203. 126.36697-66-9
- 204. 126.36697-66-9
- 205. 126.36697-66-9
- 206. 126.36697-66-9
- 207. 126.36697-66-9
- 208. 126.36697-66-9
- 209. 126.36697-66-9
- 210. 126.36697-66-9
- 211. 126.36697-66-9
- 212. 126.36697-66-9
- 213. 126.36697-66-9
- 214. 126.36697-66-9
- 215. 126.36697-66-9
- 216. 126.36697-66-9
- 217. 126.36697-66-9
- 218. 126.36697-66-9
- 219. 126.36697-66-9
- 220. 126.36697-66-9
- 221. 126.36697-66-9
- 222. 126.36697-66-9
- 223. 126.36697-66-9
- 224. 126.36697-66-9
- 225. 126.36697-66-9
- 226. 126.36697-66-9
- 227. 126.36697-66-9
- 228. 126.36697-66-9
- 229. 126.36697-66-9
- 230. 126.36697-66-9
- 231. 126.36697-66-9
- 232. 126.36697-66-9
- 233. 126.36697-66-9
- 234. 126.36697-66-9
- 235. 126.36697-66-9
- 236. 126.36697-66-9
- 237. 126.36697-66-9
- 238. 126.36697-66-9
- 239. 126.36697-66-9
- 240. 126.36697-66-9
- 241. 126.36697-66-9
- 242. 126.36697-66-9
- 243. 126.36697-66-9
- 244. 126.36697-66-9
- 245. 126.36697-66-9
- 246. 126.36697-66-9
- 247. 126.36697-66-9
- 248. 126.36697-66-9
- 249. 126.36697-66-9
- 250. 126.36697-66-9
- 251. 126.36697-66-9
- 252. 126.36697-66-9
- 253. 126.36697-66-9
- 254. 126.36697-66-9
- 255. 126.36697-66-9
- 256. 126.36697-66-9
- 257. 126.36697-66-9
- 258. 126.36697-66-9
- 259. 126.36697-66-9
- 260. 126.36697-66-9
- 261. 126.36697-66-9
- 262. 126.36697-66-9
- 263. 126.36697-66-9
- 264. 126.36697-66-9
- 265. 126.36697-66-9
- 266. 126.36697-66-9
- 267. 126.36697-66-9
- 268. 126.36697-66-9
- 269. 126.36697-66-9
- 270. 126.36697-66-9
- 271. 126.36697-66-9
- 272. 126.36697-66-9
- 273. 126.36697-66-9
- 274. 126.36697-66-9
- 275. 126.36697-66-9
- 276. 126.36697-66-9
- 277. 126.36697-66-9
- 278. 126.36697-66-9
- 279. 126.36697-66-9
- 280. 126.36697-66-9
- 281. 126.36697-66-9
- 282. 126.36697-66-9
- 283. 126.36697-66-9
- 284. 126.36697-66-9
- 285. 126.36697-66-9
- 286. 126.36697-66-9
- 287. 126.36697-66-9
- 288. 126.36697-66-9
- 289. 126.36697-66-9
- 290. 126.36697-66-9
- 291. 126.36697-66-9
- 292. 126.36697-66-9
- 293. 126.36697-66-9
- 294. 126.36697-66-9
- 295. 126.36697-66-9
- 296. 126.36697-66-9
- 297. 126.36697-66-9
- 298. 126.36697-66-9
- 299. 126.36697-66-9
- 300. 126.36697-66-9
- 301. 126.36697-66-9
- 302. 126.36697-66-9
- 303. 126.36697-66-9
- 304. 126.36697-66-9
- 305. 126.36697-66-9
- 306. 126.36697-66-9
- 307. 126.36697-66-9
- 308. 126.36697-66-9
- 309. 126.36697-66-9
- 310. 126.36697-66-9
- 311. 126.36697-66-9
- 312. 126.36697-66-9
- 313. 126.36697-66-9
- 314. 126.36697-66-9
- 315. 126.36697-66-9
- 316. 126.36697-66-9
- 317. 126.36697-66-9
- 318. 126.36697-66-9
- 319. 126.36697-66-9
- 320. 126.36697-66-9
- 321. 126.36697-66-9
- 322. 126.36697-66-9
- 323. 126.36697-66-9
- 324. 126.36697-66-9
- 325. 126.36697-66-9
- 326. 126.36697-66-9
- 327. 126.36697-66-9
- 328. 126.36697-66-9
- 329. 126.36697-66-9
- 330. 126.36697-66-9
- 331. 126.36697-66-9
- 332. 126.36697-66-9
- 333. 126.36697-66-9
- 334. 126.36697-66-9
- 335. 126.36697-66-9
- 336. 126.36697-66-9
- 337. 126.36697-66-9
- 338. 126.36697-66-9
- 339. 126.36697-66-9
- 340. 126.36697-66-9
- 341. 126.36697-66-9
- 342. 126.36697-66-9
- 343. 126.36697-66-9
- 344. 126.36697-66-9
- 345. 126.36697-66-9
- 346. 126.36697-66-9
- 347. 126.36697-66-9
- 348. 126.36697-66-9
- 349. 126.36697-66-9
- 350. 126.36697-66-9
- 351. 126.36697-66-9
- 352. 126.36697-66-9
- 353. 126.36697-66-9
- 354. 126.36697-66-9
- 355. 126.36697-66-9
- 356. 126.36697-66-9
- 357. 126.36697-66-9
- 358. 126.36697-66-9
- 359. 126.36697-66-9
- 360. 126.36697-66-9
- 361. 126.36697-66-9
- 362. 126.36697-66-9
- 363. 126.36697-66-9
- 364. 126.36697-66-9
- 365. 126.36697-66-9
- 366. 126.36697-66-9
- 367. 126.36697-66-9
- 368. 126.36697-66-9
- 369. 126.36697-66-9
- 370. 126.36697-66-9
- 371. 126.36697-66-9
- 372. 126.36697-66-9
- 373. 126.36697-66-9
- 374. 126.36697-66-9
- 375. 126.36697-66-9
- 376. 126.36697-66-9
- 377. 126.36697-66-9
- 378. 126.36697-66-9
- 379. 126.36697-66-9
- 380. 126.36697-66-9
- 381. 126.36697-66-9
- 382. 126.36697-66-9
- 383. 126.36697-66-9
- 384. 126.36697-66-9
- 385. 126.36697-66-9
- 386. 126.36697-66-9
- 387. 126.36697-66-9
- 388. 126.36697-66-9
- 389. 126.36697-66-9
- 390. 126.36697-66-9
- 391. 126.36697-66-9
- 392. 126.36697-66-9
- 393. 126.36697-66-9
- 394. 126.36697-66-9
- 395. 126.36697-66-9
- 396. 126.36697-66-9
- 397. 126.36697-66-9
- 398. 126.36697-66-9
- 399. 126.36697-66-9
- 400. 126.36697-66-9
- 401. 126.36697-66-9
- 402. 126.36697-66-9
- 403. 126.36697-66-9
- 404. 126.36697-66-9
- 405. 126.36697-66-9
- 406. 126.36697-66-9
- 407. 126.36697-66-9
- 408. 126.36697-66-9
- 409. 126.36697-66-9
- 410. 126.36697-66-9
- 411. 126.36697-66-9
- 412. 126.36697-66-9
- 413. 126.36697-66-9
- 414. 126.36697-66-9
- 415. 126.36697-66-9
- 416. 126.36697-66-9
- 417. 126.36697-66-9
- 418. 126.36697-66-9
- 419. 126.36697-66-9
- 420. 126.36697-66-9
- 421. 126.36697-66-9
- 422. 126.36697-66-9
- 423. 126.36697-66-9
- 424. 126.36697-66-9
- 425. 126.36697-66-9
- 426. 126.36697-66-9
- 427. 126.36697-66-9
- 428. 126.36697-66-9
- 429. 126.36697-66-9
- 430. 126.36697-66-9
- 431. 126.36697-66-9
- 432. 126.36697-66-9
- 433. 126.36697-66-9
- 434. 126.36697-66-9
- 435. 126.36697-66-9
- 436. 126.36697-66-9
- 437. 126.36697-66-9
- 438. 126.36697-66-9
- 439. 126.36697-66-9
- 440. 126.36697-66-9
- 441. 126.36697-66-9
- 442. 126.36697-66-9
- 443. 126.36697-66-9
- 444. 126.36697-66-9
- 445. 126.36697-66-9
- 446. 126.36697-66-9
- 447. 126.36697-66-9
- 448. 126.36697-66-9
- 449. 126.36697-66-9
- 450. 126.36697-66-9
- 451. 126.36697-66-9
- 452. 126.36697-66-9
- 453. 126.36697-66-9
- 454. 126.36697-66-9
- 455. 126.36697-66-9
- 456. 12

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

IVANILDE DE ALBUQUERQUE

FILIAÇÃO

MARIA GESUINO DE ALBUQUERQUE

NASCIMENTO: 22/08/1973

SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: ALTO ALEGRE - RR

DOCUMENTO: C.N. 67976 LVA-A-130 FL8 158 - 26/04/1995 - DEUSOETE

COELHO - BOA VISTA - RR

LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 649.214.092-34

CMN:

TIT. ELEITOR: 002202942607

SEÇÃO: 0029

ZONA: 003

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SATE/RR - 26/01/2009



ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

Função

DATA DE NASC. (D) / (M) / (A) / / /

DOCUMENTO

002202942607 - SATE/RR

NOME

Documento

002202942607 - SATE/RR

Assinatura

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200397640 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PILÃO TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO/OSTEOSSÍNTESE - PAG 3,20,21) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315722/20

Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

CPF: 649.214.092-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/02/2020

Titular do CPF: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

IVANILDE DE ALBUQUERQUE : 649.214.092-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/11/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: JUANILDE DE ALBUQUERQUE
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUX. COZINHA RG: 1769.15 SSP/RR
CPF: 649.214.097-34 ENDEREÇO: TV NICARAGUENSE OL N° 10
BAIRRO: CANAMÉ CIDADE: BOA VISTA- RORAIMA
CEP 69.300-000

VÍTIMA: JUANILDE
CPF: _____ DATA DO ACIDENTE: 23-02-2020
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:

NOME: Jose SANTANA Feitosa Grinnaes
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
Nº DO RG: 14816399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: _____
ENDEREÇO: RUA CIDADEO N° 312 BAIRRO: Nova CANTÃO

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por JUANILDE, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista, 13 de maio de 2020

Juanilde Albuquerque
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315722/20

Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

CPF: 649.214.092-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/02/2020

Titular do CPF: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

IVANILDE DE ALBUQUERQUE : 649.214.092-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/11/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO